

記載例

介護給付費の請求及び受領に関する届

① 平成 ××年 ××月 ××日 提出

群馬県国民健康保険団体連合会 理事長 様

開設者が法人の場合は、法人名及び代表者名を記載し、群馬県または市町村への届

開設者
氏名

群馬県前橋市〇〇町1-1
社会福祉法人 〇×会
理事長 介護 一郎

印
印

介護給付費の請求及びに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所番号	③ 1 0 7 0 2 3 4 5 6 7	郵便番号	⑧ 370-0011	
法人種別	④ 社会福祉法人	電話番号	⑨ 027-111-1111	
事業所	フリガナ	〇×ホウモンカイゴセンター	FAX番号	⑩ 027-111-1112
	名称	⑤ 〇×訪問介護センター	振込先 ⑪ 金融機関コード及び名称	0 1 2 3 かいご <small>銀行 信託銀行 信用金庫 農協</small>
	フリガナ	グンマケ	支店コード 及び名称	⑬ 4 5 6 前橋 本店 ⑭ 支
	所在地	⑥ 群馬県前橋市△△町2-2	口座種別 口座番号	⑮ ①普通 ②当座 ⑯ 0 1 2 3 4 5 6 ③定期 ④特種 ⑤その他
請求者	フリガナ		カタカナ	⑰ フ ク) 〇 × カ イ
	氏名	⑦	漢字	社会福祉法人〇×会 理事長 介護 一郎

⑤事業所名称、⑥所在地、⑧郵便番号、⑨電話番号、⑩FAX番号は、県又は市町村に届けたものと同じものを記載してください。

届出理由に対応した異動年月を記入してください。
「1 新設」の場合、請求を開始する年月

届出理由(該当番号に○をつけて下さい)	⑱ 異動年月	旧事業所番号
① 新設	〇〇年△△月 提出より	⑳ 1070123456
② 請求者及び受領者(口座名義)の変更	年 月 末	* 摘要
③ 請求方法の変更	年 月 末	
④ 振込銀行及び口座番号の変更	年 月 末	
⑤ その他 ()	年 月	

⑲ 請求媒体	⑦ 伝送(インターネット)
	2. 磁気(MO) 4. 磁気(CD) 5. 帳票

⑳ 同意欄 (旧事業所番号と支払を合算する場合に記入してください)	旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払を、当該新事業所番号の支払と合算することに同意します。
	住所 群馬県前橋市〇〇町1-1 氏名 社会福祉法人〇×会 理事長 介護一郎 印

* 連合会使用欄	検印欄	受付印

* 摘要欄、および連合会使用欄には何も記入しないでください。
* 届出理由が1、2、4の場合は、預金通帳等の表紙及び見開きページ(口座名義人がカナで記載されている部分)の写しを添付してください。